

Effiziente Pflegedokumentation und Pflegeplanung unterstützen den Alltag in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen

Keine Betreuung ohne Dokumentation

Die Anforderungen an Altenheime und andere Pflegeeinrichtungen sind hoch, die Pflege optimal zu planen sowie effizient und rechtsstabil zu dokumentieren. Entscheidend dabei ist, dass Standards entwickelt werden, die die Dokumentation vereinfachen und verbessern. Einige Tipps können helfen, den Alltag reibungsloser zu gestalten.

Ein moderner Pflegebetrieb sieht sich vielen Herausforderungen gegenüber: Im Vordergrund steht die optimale und individuelle Versorgung der zu pflegenden Menschen. Darüber hinaus müssen verschiedene Rahmenbedingungen berücksichtigt werden: gesetzliche Vorgaben, einrichtungsinterne Standards, die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitäts-

managements, vergütungsrelevante Aspekte. Eine Schnittstelle zu diesen Bereichen ist nach wie vor die Dokumentation der Leistungserbringer. Im Klartext: Die Pflegedokumentation und die damit verbundenen Anforderungen stellen die Einrichtung vor große Herausforderungen hinsichtlich der erbrachten Leistungen und der Transparenz des Pflegeprozesses. Denn bei der Nachweispflicht gilt der Grundsatz: nicht dokumentiert = Leistung nicht erbracht. Je nach Dokumentationssystem sollte sich die erhobenen Daten mindestens auf die bewohnerbezogenen Informationen beziehen: etwa Stamm-



Bild: Marie-Theres Niessalla

Michael Hartmann, Junior Consultant bei QM Borchers Consulting +: „Werden für die Pflegedokumentation keine Zeitressourcen zur Verfügung gestellt, wird zwangsläufig die Qualität der Dokumentation leiden.“

daten, Biografieerhebung und medizinische Daten. Zur Gestaltung der Pflegeplanung wird eine Pflegeanamnese erstellt, damit der Pflegeprozess optimal geplant werden kann. Bei der Sammlung der relevanten Daten sind eine Vielzahl externer Berichte zu berücksichtigen und auszuwerten: Arztbriefe, persönliche Dokumente, bestehende Pflegebeschreibungen. Um schon dabei Fehlerquellen auszuschließen und den individuellen Charakter der zu planenden Pflegequalität sicherzustellen, sollten diese Daten zusammen mit der zu pflegenden Person oder dessen Angehörigen erhoben werden.

Besonderes Augenmerk auf ‚einfache‘ Einträge

Als letzter Teil einer ordentlichen Pflegedokumentation ist der Pflegebericht zu nennen. Hier werden von den Pflegenden tagesaktuelle Informationen in Form eines Tagebuchs eingetragen und zur Nachweisdoku-



Grundsätzlich gilt: Nicht dokumentierte Leistungen sind nicht erbrachte Leistungen. Deshalb sollte der Dokumentation genügend Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Bild: Alexander Rath/123RF.com



Mitarbeiter sollten von Anfang an über die Notwendigkeit der Dokumentation informiert werden. Dabei muss nicht jede ‚Kleinigkeit‘ aufgezeichnet werden, um den Aufwand im vernünftigen Rahmen zu halten.

mentation genutzt, zum Beispiel auch für interne Übergaben. Gerade diese ‚einfachen‘ Einträge weisen teils große Qualitätsschwankungen auf und bedürfen eines besonderen Augenmerks.

Über diese Mindestanforderungen für Planungs- und Pflegedokumentation hinaus, gibt es noch eine Reihe anderer, oft intern gestalteter Zusatzerhebungen und -dokumentationen. Diese führen aber häufig zu unnötiger Doppeldokumentation und verschwenden wertvolle (Zeit-)Ressourcen.

Dabei stellt sich die Frage, wie oft die vorgeschaltete Informationssammlung überprüft und gegebenenfalls angepasst werden sollte. Dies gilt zum einen aus anlassbezogener Sicht, zum Beispiel wenn sich der Pflegestatus eines Bewohners verändert. Wenn dieser mehr oder weniger pflegerische Unterstützung benötigt, müssen die Planungsinstrumente dem Bedarf angepasst werden.

Im Alltag ist dieser Veränderungsprozess oft nicht eindeutig identifizierbar und die verschiedenen Pflegestadien gehen fließend ineinander über. Bei einer akuten medizinischen Veränderung, etwa einem Schlaganfall, ist die Veränderung offensichtlich und die Pflegeplanung kann entsprechend angepasst werden. Bei einer schleichenden Veränderung der Pflege-

bedürftigkeit empfiehlt es sich, feste Zeitabschnitte zur Evaluation der Pflegeplanung einzubauen.

Pflegeplanung in festen Zeitabschnitten evaluieren

Bewährt hat sich hier eine Überprüfung im Dreimonatsturnus. Generell gilt: Lieber einmal mehr die Pflegeplanung an aktuelle Gegebenheiten anpassen, als große Überprüfungsintervalle setzen und dann die gesamte Pflegeplanung grundlegend neu verfassen müssen. Kürzere Intervalle führen dazu, dass die Arbeit

schnell und effizient erledigt werden kann.

Wichtig ist dabei das Thema Transparenz. Bei Neubeginn einer Pflegesituation sollte dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen erklärt werden, was mit ihren Daten und Unterlagen zu welchem Zeitpunkt passiert und wer diese einsehen darf. Ein einrichtungsindividuelles Datenschutzkonzept sollte Grundlage dieses Gesprächs sein. Es sollte aber auch rein praktisch, zum Beispiel in Form einer Begehung erläutert werden. Dort erfährt der Kunde dann, wo sich die Unterlagen befinden, wie sie gesichert sind und wer welchen Zugang dazu hat. Die Einhaltung dieser Regelungen sollte jede Einrichtung intern überprüfen, zum Beispiel durch eine Datenschutzkommission.

Im Anschluss an das Gespräch und die Führung lässt sich die Pflegeeinrichtung die Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen schriftlich vom Kunden und/oder den Angehörigen bestätigen. Außerdem sollte den Angehörigen die Möglichkeit eingeräumt werden, jederzeit die Aufrechterhaltung der Datenschutzbestimmungen zu überprüfen.

Umfassende Dokumentation hilft bei Haftungsfragen

Bei der Erstellung der Pflegedokumentation ergeben sich natürlich auch haftungsrelevante Aspekte. Beispiel: Bei einem Bewohner der



Wenn Kunden bestimmte Angaben nicht sofort machen wollen, hilft es manchmal, einige Zeit vergehen zu lassen. Sie zu Auskünften zu nötigen, ist nicht der passende Weg.

stationären Pflege hat sich ein Druckgeschwür (Dekubitus) entwickelt. Da der Pflegebedürftige bei der Pflegeanamnese als gefährdet eingestuft wurde, hat sich das Pflegeteam auf regelmäßige Lage-
rungsänderungen zur Druckentlastung verständigt.

Trotz aller ergriffenen Maßnahmen hat sich ein Druckgeschwür entwickelt. Der Kostenträger macht daraufhin eine Mitschuld der Einrichtung geltend. Da das Pflegepersonal die Lagerungswechsel nicht ausreichend dokumentiert hat, kann die Mitschuld nicht widerlegt werden, die Einrichtung muss einen Teil der Behandlungskosten zahlen. Aus Angst vor solchen Situation besteht aber auch die Gefahr der Überdokumentation. Nicht selten wird von Seiten der Einrichtungsleitung dazu angehalten, jede ‚Kleinigkeit‘ schriftlich festzuhalten. Zur Lösung dieses Problems sollten klare Regeln für die Erhebung von Daten, das Verfassen der Pflegeplanung und die Dokumentation der Pflegeberichte aufgestellt werden. Es empfiehlt sich, im Rahmen des Qualitätsmanagements für diesen Bereich ein eigenes Verfahren inklusive Checklisten zu erarbeiten.

Wichtig ist, dass die Mitarbeiter von Anfang an überzeugt werden, höchste Sorgfalt bei Planung und Dokumentation walten zu lassen. Wenn die Pflegedienstleitung und die Mitarbeiter sorgfältig dokumentieren, ist der Lerneffekt für neue Mitarbeiter am größten. Außerdem sollten individuelle Dokumentationschwachstellen bei einzelnen Mitarbeitern erkannt und diese gegebenenfalls geschult werden. Wenn die Mitarbeiter wissen, worauf es ankommt, ist die Pflegedokumentation gut in den Pflegealltag zu integrieren. Denn eines ist klar: Die Dokumentationsarbeit einer Pflegekraft sollte nicht über der Patientenversorgung stehen, sondern als ergänzender und notwendiger Teilbereich verstanden werden. Trotz umfangreicher Maßnahmen zur Dokumentation kann es Lücken in der Informationssammlung geben. Es gibt immer wieder Situationen, die eine komplette Datensammlung bei einzelnen Kunden nicht erlauben: entweder, weil keiner die entsprechenden Informationen geben kann

oder, weil sich die involvierten Personen aus persönlichen Gründen nicht äußern wollen. Generell sollte niemand, gerade bei ersten Anamnesegesprächen, zu Aussagen genötigt werden.

Patienten nicht zu Aussagen nötigen

Gibt ein Bewohner oder Angehöriger keine kompletten Informationen preis, sollte man darauf hinweisen, wozu diese benötigt werden, wer sie erhält und warum es schwierig ist, kein umfassendes Bild zu erhalten. Sollten weiterhin Informationen zurückgehalten wer-



Es sollten feste Zeitabschnitte zur Evaluation der Pflegeplanung eingebaut werden. Ein dreimonatiger Turnus hat sich hier bewährt.

Bild: Alexander Rath/123RF.com

den, muss dies von Seite der Einrichtung akzeptiert werden. Oft gibt es nach einer Eingewöhnungsphase doch noch die Möglichkeit, Informationen für die Anamnese zu bekommen und sie in die individuelle Pflegegestaltung mit einfließen zu lassen. Zusammenfassend lassen sich folgende wichtige Tipps für eine übersichtliche Pflegedokumentation geben.

- Klare Regeln für Art und Weise der Dokumentation: Wichtig ist ein einheitliches System innerhalb einer Einrichtung, am besten schriftlich festgelegt als beschriebenes Verfahren. Vorteil: Bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist das ein dienliches Instrument.
- Klare Zuständigkeiten innerhalb des Pflegeteams: Wer ist für welche Art von Dokumentation zuständig? Wer schreibt die

Pflegeberichte? Wer macht die Planungen? Wer führt ein Biografiegespräch? usw.

- Kurze, aber aussagekräftige Dokumentationsinhalte: Oft werden zum Beispiel Erzählungen über den Spielesachmittag eines Bewohners ausgeschmückt, aber die Relevanz der Bewegungsverbesserung findet keine Berücksichtigung.
- Überprüfung der genutzten Dokumente: Viele sind veraltet oder richten sich nicht nach pflegerischen Expertenstandards. Ein gutes System erlaubt außerdem, zu jedem Zeitpunkt Inhalte zusammenzufassen und zu ergänzen.

- Feste Zeitkontingente zur Dokumentation beschreiben: Eine gute Pflegedokumentation braucht Zeit und Übung. Pflegenden brauchen eine definierte Zeittressource, um diese Tätigkeit auszuüben. Die Einrichtung sollte diese Zeiten transparent gestalten und ermöglichen. Werden für die Pflegedokumentation keine Zeittressourcen zur Verfügung gestellt, wird zwangsläufig die Qualität der Dokumentation leiden.

Michael Hartmann

Kontakt

QM Borchers Consulting +
Bochumer Straße 42
44623 Herne
Tel.: +49 2323 3845203
kontakt@qm-boerchers.de
www.qm-boerchers.de